

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАПРАВЛЕНИЙ НА ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Максимович Е.В., Толчков Т.Д.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF REFERRALS FOR EMERGENCY HOSPITALIZATION IN THE DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL SURGERY

Maksimovich E.V. Tolchkov T.D.

Educational institution "Belarusian State Medical University"

Введение. При возникновении клинических ситуаций, которые могут угрожать жизни пациента и значительно ухудшить состояние его здоровья осуществляется его экстренная госпитализация. Также следует отметить, что пациентам с патологией, требующей комплексного подхода к диагностике и лечению с применением наиболее сложных и точных методов обследования, оперативного лечения, круглосуточного наблюдения врачей, регулярного ухода и реабилитации, оказывается медицинская помощь, в стационарных условиях. Кроме того, следует учитывать анатомические и функциональные особенности челюстно-лицевой области, которые предрасполагают к развитию инфекционно-воспалительных осложнений, и, как правило, существенно отражаются на общем состоянии пациентов, а также особенности питания и дыхания челюстно-лицевых пациентов, при развитии у них как воспалительных заболеваний, так и при возникновении травм челюстно-лицевой области.

Цель: провести анализ структуры направлений на экстренную госпитализацию в отделения челюстно-лицевой хирургии 1 и 2 учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска.

Материалы и методы. Ретроспективные исследования проводились на клинической базе кафедры хирургической стоматологии 2-ом стоматологическом отделении учреждения здравоохранения «31-я городская поликлиника». Проанализирован журнал направлений на экстренную госпитализацию в учреждение здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска в отделения челюстно-лицевой хирургии 1 и 2 за период 2022 – 2023 гг.

Результаты и обсуждение. За 2022 – 2023 гг. в экстренном порядке на госпитализацию было направлено 163 пациента в возрасте от 19 до 92 лет, средний возраст составил 41,0 (21,0 – 55,0). При анализе возрастных групп в соответствии с классификацией ВОЗ определено, что лица молодого возраста (18 – 44 гг.) составили 45,3 % (74), среднего возраста (45 – 59 лет) – 30,6 % (50), пожилые люди (60 - 74 гг.) – 20,7 %, старческого возраста (75 – 90 лет) – 2,8 % (4), 0,6 % (1). Соответственно, преобладают лица трудоспособного

возраста, - 74,1 %, что определяет социальную значимость исследуемого вопроса.

Среди лиц молодого возраста в структуре заболеваемости преобладают пациенты с воспалительными заболеваниями челюстных костей – 50,0 % (37), далее 23,0 % (17) – воспалительные заболевания мягких тканей, травмы челюстных костей – 12,2 % (9), одонтогенные воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса – 6,7 % (5), заболевания слюнных желез – 4,0 % (3), новообразования – 1,4 % (1), осложнения хирургического лечения – 2,7 % (2).

Среди лиц среднего возраста в структуре заболеваемости также преобладают пациенты с воспалительными заболеваниями челюстных костей – 50,0 % (25), далее 20,0 % (10) – воспалительные заболевания мягких тканей, травмы челюстных костей – 14,0 % (7), одонтогенные воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса – 4,0 % (2), заболевания слюнных желез – 10,0 % (5), новообразования – 2,0 % (1).

К воспалительным заболеваниям одонтогенной этиологии, которые могут требовать госпитализации пациента, относятся острый гнойный одонтогенный периостит челюсти, одонтогенный абсцесс челюстно-лицевой области, острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложненный флегмоной прилежащих клетчаточных пространств, к заболеваниям неодонтогенной этиологии отнесены фурункулы, травматический остеомиелит нижней челюсти, сиадениты.

Согласно данным специальной литературы, доля пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляет до 60 % пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии (И.О. Походенько-Чудакова, А.А. Кабанова, 2020). Длительное лечение данных заболеваний, особенно при наличии осложнений, увеличивает период временной нетрудоспособности, а также материальные затраты государства на лечение и реабилитацию таких пациентов, что определяет социально-экономическую значимость данной проблемы.

Что касается травматических повреждений челюстных костей, то согласно статистическим данным, отмечается рост повреждений в челюстно-лицевой области при увеличении общего числа травм, при этом переломы костей лицевого скелета составляют от 70 % до 88 %, среди которых преобладают переломы нижней челюсти у мужчин трудоспособного возраста, что определяет социальную значимость анализируемой темы.

Переломы челюстей с прохождением линии перелома через лунки зубов являются открытыми и инфицированными, а также при сочетании с повреждением мягких тканей инфекционно-воспалительный процесс может и вторично распространяться на кость. Соответственно одними из ближайших во временном аспекте осложнений переломов костей лицевого скелета являются травматические инфекционно-воспалительные процессы, среди которых особое место в связи с длительной нетрудоспособностью, частотой хронизации и возможным развитием тяжелых осложнений,

сопряженных с сенсбилизацией организма, а, следовательно, генерализацией инфекционного процесса, занимает травматический остеомиелит челюстных костей, доля которого составляет 10-30% от общего числа переломов челюстей. Среди факторов, которые способствуют развитию травматического остеомиелита, следует выделить позднее обращение за медицинской помощью, ошибкой в постановке диагноза при некоторых видах переломов (например, мышцелкового отростка). Чем позднее начинается лечение, тем благоприятнее условия для развития инфекционно-воспалительных осложнений. Также неполноценные репозиция, фиксация костных отломков, нерациональная иммобилизация челюстей являются причинами, которые способствуют развитию травматического остеомиелита. Соответственно пациентов с травматическими переломами челюстных костей при их обращении за медицинской помощью необходимо направлять на госпитализацию в экстренном порядке.

Среди неodontогенных инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области особое место следует уделить фурункулам. У пациентов с фурункулами в челюстно-лицевой области возможно развитие таких тяжелых осложнений как тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса, сепсис, и их также необходимо госпитализировать в экстренном порядке. Доля пациентов составляет по данным В.В. Косарева и соавт., 2012, И.О. Походенько-Чудаковой, М.С. Флерьянович, 2022, составляет до 30 % среди всех инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Сиалоадениты относятся к наиболее часто встречающимся заболеваниям слюнных желез. Чаще в воспалительный процесс вовлекаются околоушные железы, что объясняется наличием узких и сильно разветвленных протоков, малым содержанием муцина и низкой устойчивостью к токсическим воздействиям серозных энзимпродуцирующих железистых ацинусов. Для поднижнечелюстной железы более характерно развитие воспалительного процесса на фоне слюннокаменной болезни в результате сгущения слюны и затрудненного ее оттока из железы. Крайне редко в воспалительный процесс вовлекаются подъязычные и малые слюнные железы.

Развитию одонтогенного верхнечелюстного синусита способствуют анатомические особенности взаимоотношения дна верхнечелюстного синуса и верхушек корней зубов. При локализации верхушек корней зубов в верхнечелюстном синусе и развитии инфекционно-воспалительного процесса – периодонтита, в последний вовлекается слизистая оболочка верхнечелюстного синуса.

Выводы. В результате проведенного анализа определено, что среди направлений на госпитализацию по экстренным показаниям, преобладают лица трудоспособного возраста, у которых причиной направления на госпитализацию в 50,0 % наблюдений являются воспалительные заболевания

челюстных костей, в 20,0 % - 23,0 % – воспалительные заболевания мягких тканей, травмы челюстных костей составляют – 12,2 %.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы при планировании стационарных койкомест специализированных отделений.